

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 142

DE LA NATURE ÉPITHÉLIALE

DU

FIBROME VÉGÉTANT

DE LA MAMELLE

(Kyste prolifère, adénofibrome kystique et végétant).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 Juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Nadia BRODSKY

Née le 19 Septembre 1875, à Kertch (Russie).



LYON

A. REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1901

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 142

DE LA NATURE ÉPITHÉLIALE

DU

FIBROME VÉGÉTANT

DE LA MAMELLE

(Kyste prolifère, adénofibrome kystique et végétant).

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

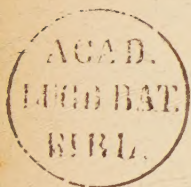
Et soutenue publiquement le 7 Juin 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Nadia BRODSKY

Née le 19 Septembre 1875, à Kertch (Russie).



LYON

A. REY IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Juin 1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Au moment de terminer nos études médicales, nous sommes heureuse d'adresser un modeste témoignage de reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidée de leurs conseils ou nous ont manifesté leur sympathie pendant notre présence aux Universités montpelliéraine d'abord, lyonnaise ensuite.

M. le professeur Tripier nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui adressons nos plus respectueux remerciements.

M. le professeur agrégé Paviot, dans toutes les circonstances où nous avons eu recours à son obligeance, a fait preuve à notre égard d'une bienveillance précieuse dont nous avons usé largement. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et ne nous a ménagé ni son temps, ni ses peines. Il a bien voulu mettre à notre disposition les observations si intéressantes du service hospitalier du Laboratoire d'anatomie pathologique. Aussi ne saurions-nous trop lui exprimer notre profonde reconnaissance pour sa bienveillante direction

dû paraître bien souvent malignes, puisqu'ils les classent dans les « sarcomes » (ils les appellent aussi « sarcomes végétants du sein »).

« Les sarcomes de la mamelle, disent MM. Cornil et Ranvier, se montrent sous deux formes. Tantôt ils constituent une masse au milieu de laquelle les culs-de-sac sont disséminés (sarcome en masse du sein) ; d'autres fois le tissu sarcomateux bourgeonne, et, repoussant la paroi des canaux et des culs-de-sac glandulaires, il fait saillie dans l'intérieur de ceux-ci. Il forme ainsi des végétations saillantes. Ces végétations se recouvrent de cellules épithéliales des conduits glandulaires, de telle sorte que la lumière des canaux galactophores et des culs-de-sac est agrandie et transformée en cavités lacunaires dans lesquelles les bourgeons du sarcome font saillie « sarcome végétant du sein ». On conçoit que ces bourgeons et ces cavités soient tapissés de cellules épithéliales. Ces cellules sont tantôt pavimenteuses, tantôt cylindriques. Les kystes lacunaires ont des dimensions très variables, et ils paraissent sur la coupe comme des fentes étoilées ou semilunaires¹. »

« Lorsque la glande tout entière est comprise dans la néoformation, il peut y avoir une formation exagérée de cellules épithéliales, et même une distension et un remplissage des conduits ou des sinus galactophores par des cellules en dégénérescence granulo-graisseuse². »

Voilà donc la description du « fibrome végétant du sein », donnée par Cornil et Ranvier.

¹ Cornil et Ranvier, *Histologie pathologique* p. 160, t. I.

² *Ibid.*, p. 734, t. II.

Ils en séparent donc très nettement le « carcinome vilieux », décrit plus tard par M. Cornil sous le nom d'épithélium dendritique¹, de « fibrome papillaire intracaniculaire » par Virchow. Nous tenons, pour bien délimiter notre sujet et fixer les termes du problème, à rapporter la description du cancer dendritique d'après MM. Cornil et Ranvier.

Nous avons vu plusieurs fois une tumeur de la mamelle qui se conduit comme le carcinome au point de vue de son extension, de l'infection des ganglions lymphatiques et de sa généralisation, et qui cependant diffère des formes précédentes par ses caractères histologiques. Son aspect à l'œil nu la rapproche du carcinome encéphaloïde; on fait sourdre à la surface de la tumeur sectionnée une grande quantité de liquide laiteux, mais on peut voir à l'œil nu, sur une section, des cavités et des kystes qui ont un demi à 2 millimètres ou davantage, qui sont remplis de suc laiteux et montrent des filaments dendritiques. Certaines de ces cavités, ouvertes suivant leur longueur, ne sont autres que des conduits galactophores remplis de végétations qu'on détache facilement avec une aiguille. Ces végétations dendritiques, étalées sur une plaque de verre et colorées au picrocarmine, montrent à l'examen microscopique une disposition rameuse très élégante.

Les principaux troncs se divisent en formant de longues papilles, subdivisées elles-mêmes et terminées par des extrémités libres allongées ou renflées; toutes sont parcourues par des vaisseaux capillaires qui se terminent en anses à l'extrémité des papilles et qui sont entourées d'une très petite quantité de tissu conjonctif. Elles sont couvertes partout de cellules prismatiques ou cylindriques formant une ou plusieurs couches; la première couche s'implante perpendiculairement sur la surface

¹ Cornil, *Bull. de la Soc. anat.*, 1886, p. 482.

des papilles, et les cellules cylindriques qui la constituent sont pressées les unes contre les autres, allongées, grenues, claires et munies d'un noyau ovoïde. Les cellules qui sont plus superficielles et qui se détachent, sont plus grosses, prismatiques ou polygonales, plus claires, présentant un noyau volumineux et un ou plusieurs gros nucléoles.

Ces dernières cellules deviennent libres dans le liquide des cavités et y subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Lorsqu'on étudie des préparations obtenues après le durcissement de la pièce, on voit les végétations villeuses précédentes prendre naissance sur la paroi fibreuse des cavités et végéter dans leur intérieur. La surface interne des cavités est tapissée des mêmes cellules que les végétations. La plupart de ces petits kystes ne sont autres que des canaux galactophores dilatés, remplis de végétations qui poussent sur leur paroi et se prolongent suivant le trajet du canal, qu'elles remplissent en partie.

Les culs-de-sac glandulaires subissent ainsi un agrandissement en forme de kyste, leurs parois présentent des cellules épithéliales disposées comme dans les canaux précédents, et souvent aussi il existe des végétations saillantes à leur surface.

Les canaux galactophores montrent une paroi assez nette; le tissu conjonctif voisin présente ses fibres disposées concentriquement autour d'eux. Mais il n'en est pas de même des culs-de-sac, dont la membrane hyaline disparaît, et qui sont entourés par un tissu conjonctif transformé en alvéoles remplies de grosses cellules tuméfiées, à noyau ovoïde volumineux (carcinome villeux)¹.

Nous voyons donc d'après la description précédente que le carcinome villeux de MM. Cornil et Ranvier constitue une néoplasie parfaitement distincte de celle qui nous préoccupe et nous tenons pour dit qu'il n'en sera point question dans notre travail.

¹ Cornil et Ranvier, *Histologie pathologique*, t. II, p. 741.

Si nous insistons sur cette distinction, c'est que la confusion à ce sujet est vraiment grande, puisque dans la nouvelle édition du traité de MM. Cornil et Ranvier de 1901 nous retrouvons à côté de la description du fibrome végétant du sein, une figure au dessous de laquelle ils mettent « fibrome papillaire du sein », et une autre encore, empruntée à Virchow, que celui-ci décrivait sous le nom de « fibrome papillaire endocanaliculaire ». Mais tout en empruntant cette figure à M. Virchow, qui la décrivait comme douée d'une malignité spéciale, MM. Cornil et Ranvier placent leur description du « fibrome végétant » parmi les tumeurs bénignes, et non plus dans le chapitre des « sarcomes » comme nous les avons vus faire dans l'ancienne édition.

« Ces tumeurs, disent-ils dans leur pronostic des fibromes, sont bénignes et généralement solitaires. Elles ne récidivent pas après leur ablation. Lorsqu'elles récidivent, il faudrait être bien sûr que toute la tumeur a été enlevée et que le diagnostic anatomique en a été fait d'une façon rigoureuse¹. »

Cependant MM. Cornil et Ranvier sont bien obligés de reconnaître qu'on observe parfois des fibromes doués d'une malignité particulière, récidivant et se généralisant. N'admettant pas la transformation sarcomateuse des fibromes, MM. Cornil et Ranvier prétendent qu'il s'agit dans ces cas d'une erreur de diagnostic : « Il est peu probable, disent-ils, que pareille transformation puisse se faire. Nous avons en effet exa-

¹ Cornil et Ranvier, *Manuel d'histologie pathologique*, p. 388, t. I, troisième édition.

miné des tumeurs diagnostiquées fibromes de la paroi abdominale, qui contenaient des parties entièrement sarcomateuses. Plusieurs d'entre elles récidivèrent, l'une jusqu'à huit fois. Dans les tumeurs récidivées les multiplications cellulaires étaient abondantes et la glycogénèse très accusée. Aussi pensons-nous que dans la plupart des cas, lorsque des tumeurs, diagnostiquées fibromes purs, récidivent, ce sont en réalité des fibro-sarcomes¹. »

« Rien n'est plus difficile, avec le peu de précision des descriptions, dit M. Virchow, que de se former un jugement de par la littérature, sur le développement et la valeur des fibromes. Non seulement on y a compris la plupart des myomes et névromes, mais encore de nombreux cas de sarcomes et de squirrhes. Ainsi je me rappelle un fibrome de la région sous-orbitaire, lors de l'extirpation duquel je diagnostiquai une simple tumeur du tissu conjonctif; lorsque survint une récidive, je trouvai la structure du cancroïde, et lorsque j'examinai de nouveau la première tumeur conservée dans l'alcool, il s'y trouva de petits points présentant la structure du cancroïde tandis que presque tout le reste formait une tumeur fibromateuse. On doit d'abord à mon avis prendre en considération la dégénérescence indubitable des tumeurs. Les tumeurs fibromateuses sont particulièrement disposées à une semblable dégénérescence, parce qu'elles sont précisément composées de tissu qui, ainsi que nous l'avons vu, est la matière la plus ordinaire des néoplasmes. Dans ces cas, par

¹ Cornil et Ranvier, p. 388, t. I, troisième édition.

conséquent, il existe d'abord un fibrome qui devient seulement secondairement cancéreux, cartilagineux, cystique etc. D'autres fois la formation de la partie fibreuse coïncide avec celle du cancer, du cartilage etc. de telle sorte que la tumeur se développe dès le principe comme un tout compliqué⁴. »

Cette difficulté, reconnue par M. Virchow, de se former un jugement de par la littérature sur le développement et la valeur des fibromes, nous apparaît nettement si nous voulons déduire quelque idée générale des opinions si divergeantes de différents auteurs que nous avons consultés à ce sujet.

Nous trouvons certains d'entre eux d'accord pour se rallier à l'opinion classique, qui considère toute la classe des fibromes comme des affections bénignes, purement locales, non récidivantes, à évolution lente. Telle est l'opinion de Follin, qui n'attribue de gravité aux fibromes qu'en raison de leur siège et de leur volume. « Les tumeurs fibreuses, en atteignant de grandes dimensions, peuvent, gêner par leur poids et leur volume. Il se produit aussi dans leur intérieur des transformations qui sont la source d'accidents particuliers et qui ont souvent fait confondre ces pseudoplasmes avec le cancer. Ainsi elles peuvent se vasculariser d'une façon très notable sur certains points, et presque revêtir le caractère des tumeurs érectiles. Elles saignent alors avec une grande facilité, lorsque leur tissu est mis à nu par certaines causes traumatiques ou inflammatoires. Les tumeurs fibreuses peuvent s'en-

⁴ Virchow, *Pathologie des tumeurs*, p. 345, 346, t. I.

flammer superficiellement, même se gangrener, et la surface malade est alors recouverte de détritux putrilagineux. C'est dans ces conditions que la confusion avec le cancer est possible. Le pronostic n'est grave qu'en raison de la localité malade ; cependant on a prétendu que quelques tumeurs fibreuses avaient récidivé après opération, mais cette assertion est loin d'être établie sur des preuves solides. » Pour lui les recherches histologiques modernes ont parfaitement établi dans les fibromes du sein que l'hyperplasie du tissu conjonctif constitue le processus initial et que les lésions des culs-de-sac glandulaires sont secondaires, et pour montrer la part qui revient à chacun de ces éléments dans la constitution de la néoplasie, il propose le nom d'adénofibrome ou de fibroadénome¹.

Labbé et Coyne rangent le fibrome endocanaliculaire parmi les tumeurs bénignes du sein, n'admettent le fait de la récidive que par le développement ultérieur d'un sarcome à côté du fibrome ou bien à la suite d'une ablation incomplète².

Butlin rejette également le groupe des fibromes malins et les considère comme des carcinomes ou, plus souvent, comme des sarcomes ayant subi en grande partie la transformation fibreuse.

Mais si nous consultons les auteurs plus modernes, nous voyons que cette conception de la bénignité absolue des fibromes se modifie très sensiblement.

« Je ne reviendrai pas, dit M. Quenu, sur l'évolu-

¹ Follin, *Pathologie externe*, p. 616, t. V.

² Labbé et Coyne, *Tumeurs bénignes du sein*.

tion sarcomateuse possible des fibromes; le fait me paraît solidement établi; maintes fois on a vu l'ablation d'un fibrome adulte suivie de la récurrence d'un fibrome embryonnaire (ou sarcome). Nous avons donc pour notre part admis la transformation possible d'un fibrome en sarcome. La clinique elle-même nous a appris que des tumeurs d'aspect fibreux, stationnaires pendant des quinze et vingt ans, tout d'un coup subissent un développement vers le type embryonnaire et se généralisent. Il convient donc, à notre sens, de modifier légèrement le pronostic des fibromes et de dire seulement que presque toujours ce sont des tumeurs bénignes¹. »

MM. Binaud et Braquehay² donnent une description détaillée de « l'évolution anatomique des tumeurs adénoconjonctives ».

Dans les points les plus récemment atteints, disent-ils, on constate que la prolifération porte sur les éléments glandulaires et conjonctifs. Si l'on est aujourd'hui d'accord pour reconnaître qu'au sein l'origine des tumeurs conjonctives vraies (fibromes, sarcomes) se trouve dans le tissu interacineux et que l'hyperplasie qui accompagne les tumeurs adénoconjonctives a pour siège le tissu périacineux, on discute encore sur le point de départ du processus. Selon le mode d'évolution du tissu conjonctif, la tumeur devient un adénofibrome, un adénomyxome, un adénosarcome. Ces différents processus ne s'observent pas toujours à l'état de pureté, et leur mélange produit des types mixtes.

Au début, les coupes d'un adénolibrome présentent peu de

¹ Duplay et Reclus, *Traité de chirurgie*, p. 437, t. I.

² Le Dentu et Delbet, *Traité de chirurgie*, p. 157, t. VII.

différence avec celles d'une mamelle normale. Les lobules sont nettement délimités, les éléments glandulaires plus nombreux sont en voie de prolifération et se trouvent encerclés par un tissu conjonctif périacineux plus dense. Plus tard, les acini deviennent volumineux, se dilatent en même temps que le tissu conjonctif ambiant s'épaissit. Toutefois, les lobules persistent, à mesure que le processus évolue, ils tendent à se désorganiser. Cette destruction de l'architecture lobulaire marque le deuxième degré d'évolution de l'adénofibrome. Les lésions portent avec une inégale intensité sur l'élément glandulaire et sur l'élément conjonctif.

Du côté de l'élément glandulaire, on note une série de transformations de l'acinus, qui s'agrandit, se dilate et devient kystique sous la poussée de son activité cellulaire.

Pendant que s'opère la formation kystique, les saillies qui indiquaient la séparation des acini s'effacent de plus en plus, et une « fente lacunaire » se montre à leur place. L'évolution peut se faire de deux façons différentes. Si les « espaces lacunaires » s'agrandissent, ils finissent par comprimer et atrophier les tissus voisins : on ne trouve plus qu'un kyste simple, indépendant de tout néoplasme. La plupart des kystes, dits essentiels, n'ont pas d'autre origine. Mais, au contraire, si la paroi conjonctive fait hernie dans la cavité lacunaire ou kystique, il y a d'abord un simple soulèvement, puis une véritable hernie, qui se fait surtout au niveau des anciens éperons de séparation des acini. C'est là le mode de formation des végétations polypifformes.

Leurs formes plus ou moins échancrées sont en rapport avec le nombre des éperons qui ont concouru à leur développement.

Cette évolution particulière de l'adénofibrome donne naissance aux tumeurs appelées kystes prolifères ou fibromes endocanaliculaires.

Les adénomyxomes et les adénosarcomes ont une évolution analogue à celle des adénofibromes. Au reste, la transformation des fibromes en sarcomes ne saurait être niée, et l'altération muqueuse accompagne souvent ces deux variétés de néoplasmes conjonctifs.

Il existe donc une série d'intermédiaires entre ces modalités évolutives du tissu conjonctif. Mais il faut ajouter que, si les premières phases de ces tumeurs se déroulent d'une façon à peu près parallèle, il y a lieu cependant de signaler comme particularité leur prolifération active et abondante. Les acini s'agrandissent considérablement, donnant naissance à des cavités kystiques, souvent à d'énormes végétations polypiformes (cystosarcomes proliférés, sarcomes endocanaliculaires, adénosarcomes kystiques et végétants).

Le processus sarcomateux continue-t-il à évoluer, le néoplasme qui se développe aux dépens de ses propres éléments finit par rompre la capsule d'enveloppe; il diffuse dans les tissus voisins. Le néoplasme devient infectieux et tend à se généraliser surtout aux poumons, plus rarement dans le foie et dans le cerveau.

Lorsque la prolifération porte sur l'épithélium, la tumeur adénoconjonctive devient un « épithélioma ».

¹ MM. Binaud et Braquehay admettent aussi l'évolution maligne possible d'une tumeur du sein primitivement bénigne : « Comment une tumeur conjonctive du sein, d'allure longtemps bénigne, devient-elle maligne? La prolifération porte aussi bien sur l'élément épithélial que sur l'élément conjonctif, d'où évolution de la tumeur vers l'épithéliome ou vers le sarcome. S'agit-il d'une transformation ou d'un développement secondaire d'un néoplasme malin dans une tumeur bénigne? Nous ne tranchons pas cette difficile question. Mais il est indéniable qu'il existe de nombreuses observations d'adénofibromes transformés en adénosarcomes. »

Nous terminerons cette rapide revue des opinions des auteurs modernes sur le fibrome végétant par celle de M. Pierre Delbet, qui fait une étude détaillée de « l'adénofibrome kystique et végétant ». Pour M. Delbet,

¹ Le Dentu et Delbet, p. 163, t. VII.

les adénofibromes ont une origine inflammatoire et ne sont que le terme de mastites chroniques. Il admet que l'infection se fait par les canaux galactophores : « Ce qui le prouve, c'est que les lésions sont primitivement épithéliales et que les canaux galactophores sont primitivement malades. Il y a même des cas où les lésions portent uniquement sur eux et sont purement péricanaliculaires. La partie conjonctive présente la structure du fibrome fasciculé. Du côté de l'épithélium, on peut observer de nombreuses modifications. Le plus souvent on trouve plusieurs assises de cellules superposées. Les cellules elles-mêmes peuvent devenir muqueuses ; quelquefois, au lieu de rester cubiques ou cylindriques basses, elles deviennent cylindriques très élevées, sans que ces modifications changent la nature de la tumeur. En effet, on les observe non seulement dans les néoplasmes, mais encore dans les inflammations de la mamelle. On ne peut donc attacher une très grande importance à ces formes atypiques de cellules épithéliales, ni surtout baser sur elles une classification des tumeurs⁴. »

Nous rapportons cette partie de la description par M. Delbet de l'adénofibrome, parce qu'elle montre que cet auteur, à l'inverse de tous les autres, admet la prolifération épithéliale comme primitive, et celle du tissu conjonctif comme secondaire. Quant à sa considération de l'évolution ultérieure de ces tumeurs, la voici :

« Dans certains cas, la tumeur est primitivement

⁴ Duplay et Reclus, p. 895, t. V.

bénigne, et c'est par suite d'une modification dans son évolution qu'elle devient ultérieurement maligne. Or, cette modification peut se faire dans deux sens : tantôt, c'est la partie conjonctive qui prolifère ; tantôt, c'est la partie épithéliale. Dans le premier cas, le tissu conjonctif au lieu d'évoluer vers la forme fibreuse reste à l'état embryonnaire, et il se développe un adénosarcome. Cette transformation est la plus fréquente. Si c'est l'épithélium qui se met à proliférer, l'adénofibrome devient un épithéliome ; cette transformation est plus rare, mais il paraît bien démontré, et par la clinique, et par l'examen microscopique, qu'elle est possible. En clinique, il y a nombre d'exemples de tumeurs ayant tous les caractères de la bénignité, qui ont pris tout à coup, après être restées des années stationnaires, une évolution rapide et se sont développées comme des cancers. Sous le microscope, on trouve certains adénofibromes dans lesquels l'abondance de la prolifération épithéliale fait hésiter le diagnostic et suspendre le pronostic. On trouve parfois dans la même tumeur, en certains points, les caractères d'un adénofibrome ; en d'autres, les caractères non douteux d'un épithéliome infiltré. Je pense que dans les cas de ce genre la tumeur maligne se développe dans un adénofibrome comme elle se développerait dans une mamelle saine » ¹.

De ce résumé aussi succinct que possible que nous avons fait des opinions des divers auteurs, on peut constater : en premier lieu que l'accord est loin d'être

¹ Duplay et Reclus, p. 895, t. V.

fait sur les moyens que l'histologie a à sa disposition pour reconnaître que telle tumeur, regardée comme fibrome dans un sein, sera ou ne sera pas maligne ; en second lieu, on peut remarquer que les auteurs étant en pareille matière très généralement pénétrés de la qualité bénigne de la plupart des fibromes, sont très étonnés de la récurrence de certains d'entre eux. Il y a eu erreur, disent-ils, dans le premier examen, la tumeur était un « sarcome », était un « épithéliome ». Ceux qui se donnent une pareille explication pensent que leur premier examen n'a pas porté sur un fragment propice à faire faire un diagnostic exact. D'autres, au contraire, admettent les transformations survenant ultérieurement, comme par exemple M. Delbet, mastite d'abord, adénome ensuite, et enfin, soit épithéliome, soit fibrome embryonnaire.

En somme, quand une tumeur du sein a été qualifiée de « fibrome végétant », de « kyste prolifère de Paget », de « fibrome endocanaliculaire », les auteurs sont toujours surpris de constater des récurrences sous des formes cellulaires auxquelles ils ne s'attendaient pas. Là les interprétations diffèrent et varient, mais le fait clinique de la récurrence possible les met tous d'accord.

Pour nous (et, nous le répétons, nous laissons complètement de côté la question du cancer dendritique) le fibrome du sein, quel que soit le qualificatif qu'on lui adjoigne : « végétant », « villositaire », « endocanaliculaire », n'existe pas en tant que néoplasie partie du tissu conjonctif et constituée par un développement primitif et exagéré de ce tissu. Que l'on nous fasse

crédit jusqu'à ce que nous ayons fait la démonstration que nous développerons dans les chapitres suivants, et que l'on nous accorde pour l'instant que ce qui constitue vraiment la partie primitivement proliférante de la tumeur est l'élément épithélial ; que l'on admette aussi pour un instant que l'élément conjonctif, proliféré il est vrai, très proliféré si l'on veut, ne subit dans ce cas qu'un entraînement parallèle, par une sorte de synergie que l'on rencontre dans les tissus composant toute tumeur, et l'on verra combien aisément s'expliquent les faits cliniques.

En effet, si c'est l'élément épithélial qui est primitivement l'objet du néoplasme, rien d'étonnant que l'on observe ces cas, qui avaient déjà frappé Virchow, où, croyant primitivement à un fibrome, c'était un épithélioma que l'on trouvait dans la récurrence. Mais, dira-t-on, d'autres fois, à en croire certains auteurs, c'était un « sarcome » qu'on trouvait dans la récurrence ; or, pour nous, ce terme de « sarcome » ne veut rien dire, si ce n'est qu'il constate seulement la présence de petites cellules rondes, très métatypiques ; or, de telles cellules peuvent se voir dans toute tumeur très maligne, quel que soit le tissu point de départ de cette tumeur.

Le diagnostic de « sarcome » formulé par un histologiste, ne nous apprend rien, sauf la qualité maligne de la tumeur, et ne nous dit pas quel est le tissu qui en est l'origine.

Mais nous allons plus loin. On constate tous les jours que lorsqu'une tumeur devient très maligne, tous les tissus de l'organe intéressé disparaissent devant celui de ses tissus qui est lui-même le point de départ de la

tumeur. Or, quoi d'étonnant à voir dans un prétendu fibrome végétant, quand une récurrence se produit, que celle-ci ne donne plus que des cellules épithéliales : lors du premier examen, le tissu conjonctif était abondant, mais la tumeur était néanmoins formée aux dépens des éléments épithéliaux, aussi au second examen, à la récurrence, ce tissu conjonctif, si abondant qu'il avait entraîné le qualificatif donné à la tumeur, a disparu et, il n'y a plus de doute, c'est un épithélioma, et ces faits ont été observés par Virchow lui-même.

Invokera-t-on une « transformation » qui n'a été admise que pour expliquer les faits et qui n'a jamais été observée et démontrée ?

Or, notre but dans cette thèse ne sera pas de très grande envergure, nous ne cherchons pas à étendre notre démonstration à un point de vue général, nous la limiterons aux cas bien et dûment catégorisables par l'histologie sous la rubrique de « fibrome végétant ».

Nous montrerons en premier lieu, qu'il y a des cas où la nature épithéliale peut être prouvée par les caractères histologiques des cellules mêmes contenues dans le stroma si abondant, si prédominant de la néoplasie. Nous ferons voir ensuite que l'erreur d'interprétation dans un sens de fibrome a reposé sur cette idée que les végétations intrakystiques ou « intracanaliculaire » étaient l'œuvre du bourgeonnement du tissu conjonctif, et nous montrerons à côté que ces prétendues végétations ne sont que le produit secondaire de fusion de cavités épithéliales par suite de prolifération de cet élément épithélial, et que ces édifications particulières, loin d'être une preuve de végétabilité du tissu conjonctif, montrent

au contraire que le travail néoplasique appartient, comme *primum movens* de tout, aux formations épithéliales. En dernier lieu nous ferons voir que cette fusion de cavités épithéliales et que la formation de prétendues végétations se retrouve au petit pied dans des tumeurs indéniablement bénignes, dans des adénomes du sein. Il semble qu'alors les faits de récurrence, de malignité s'expliqueront bien aisément, et que la valeur et la signification que l'on accordait jusqu'à ce jour aux végétations à centre conjonctif dans les kystes des tumeurs de la mamelle seront réduites à néant.

CHAPITRE II

HYSTOGÉNÈSE DES KYSTES

MM. Labbé et Coyne¹ distinguent, d'après le mode pathogénique, trois variétés de kystes : 1° les kystes par régression granulo-graisseuse de l'épithélium intra-glandulaire. L'épithélium prolifère et remplit l'acinus, puis les cellules centrales entrent en régression et forment le liquide du kyste. Les kystes de cette variété restent toujours très petits. 2° Les kystes qu'ils appellent lacunaires. Voici comment ils expliquent la formation de ces kystes : « Sous l'influence du développement d'une tumeur mammaire, fibrome ou sarcome, myxome péri-acineux, l'élément glandulaire, dont la zone du tissu conjonctif est le point de départ du processus morbide, subit une élongation progressive et un élargissement notable. C'est cet élargissement qui devient l'origine des kystes. » M. P. Delbet n'admet pas ce mode de formation des kystes : « Il m'est impossible, dit-il, de comprendre le mécanisme de cet élargissement. Je ne sais pas qu'une tumeur, en se développant autour d'une cavité, puisse exercer sur cette cavité une traction excentrique qui l'agrandisse. Il me

¹ Labbé et Coyne, p. 158.

semble, au contraire, qu'une tumeur se développant dans ces conditions doit amener la compression, la diminution, puis la disparition de la cavité centrale. Je ne puis donc admettre cette origine des kystes¹». 3^o Dans la troisième variété du mode de formation des kystes admis par MM. Labbé et Coyne, il s'agirait de kystes par rétention. Le conduit excréteur d'un lobule serait, soit comprimé par la rétraction du tissu conjonctif périphérique, soit oblitéré par une végétation endo-canaliculaire, et le kyste se développerait en arrière de l'obstacle.

Cette doctrine, pas plus que la précédente, n'est admise par M. Delbet. « Pour faire un kyste par rétention, dit-il, il faut au moins deux choses, une sécrétion et un obstacle à l'écoulement de cette sécrétion. Admettons que l'obstacle existe, il faut encore la sécrétion. Or, la mamelle en dehors de la lactation ne sécrète rien; si elle vient à sécréter quelque chose, cette sécrétion est un phénomène anormal, c'est l'expression d'une modification pathologique de l'épithélium. Comme cette modification est nécessairement antérieure au kyste, on se trouve ramené à la théorie de l'origine glandulaire des tumeurs. Mais ce n'est pas tout. La rétention du produit pathologiquement sécrété est incapable à elle seule de produire un kyste. C'est une règle constante en pathologie générale, que l'oblitération des conduits excréteurs amène l'atrophie de la portion sécrétante. Et, pour nous en tenir à la mamelle, a-t-on jamais constaté d'une manière précise la formation d'un

¹ Duplay et Reclus, t. V, p. 887.

kyste à la suite de l'oblitération simple d'un conduit galactophore ?

En dehors de la lactation, les plaies du sein qui détruisent les canaux amènent-elles la formation des kystes ? Pendant la lactation, les incisions d'abcès, les morsures de chiens, si fréquentes chez les vaches et les brebis laitières, amènent souvent la section et la destruction de nombreux canaux : a-t-on jamais vu des kystes se développer à leur suite ? Dans mes expériences de ligature des canaux galactophores sur des mamelles en lactation, il ne s'est pas produit le moindre kyste. Et l'on voudrait que la simple rétention, qui est incapable de produire des kystes sur des mamelles en pleine activité physiologique, en produise à l'état de repos ! Et l'on admet que cette rétention, qui ne peut amener la distension de culs-de-sac logés au milieu de tissus souples, aura la force de triompher d'un tissu aussi résistant que celui d'un fibrome ! C'est là une supposition purement gratuite que tout contredit. Je la rejette absolument, et je pense que les kystes glandulaires de la mamelle sont dus à une évolution active de l'élément glandulaire lui-même. Ces kystes ne sont donc pas le résultat passif de forces mécaniques, mais bien le produit de forces biologiques actives¹. »

Quant au siège de ces kystes, M. Delbet admet que « l'immense majorité des kystes a une origine glandulaire. Le fait est prouvé par l'écoulement du liquide qui se produit quelquefois par le mamelon ; il est prouvé par la dissection même, puisque Broca, Ver-

¹ Duplay et Reclus, t. V, p. 887

neuil, Busch ont pu faire cheminer des stylets depuis les conduits galactophores jusque dans les kystes. Il est prouvé surtout par la présence constante du revêtement épithélial. »

M. Delbet croit « que les kystes de la mamelle relèvent tous, soit de mastites chroniques, soit d'adénofibromes ou d'adénosarcomes, soit d'épithéliomes, c'est-à-dire que les kystes n'ont pas une existence indépendante ; ils ne sont jamais qu'un incident plus ou moins important des affections inflammatoires ou néoplasiques de la mamelle », et il rejette presque absolument « les kystes simples de la mamelle, sur lesquels on a tant discuté et tant écrit ».

M. Delbet décrit ensuite la formation de végétations à l'intérieur de ces kystes : « A la phase où nous sommes arrivé, la tumeur est constituée par un ou plusieurs kystes, entourés d'une zone de tissu conjonctif fibreux.

Nous allons assister maintenant à une nouvelle phase qui n'a du reste rien de fatal, qui peut très bien manquer. Le travail qui se produit dans cette nouvelle phase a pour résultat la formation de végétations conjonctives qui pénètrent dans l'intérieur des dilatations kystiques. Le kyste devient prolifère, suivant l'expression de Paget et de Müller.

Quand on est assez heureux pour assister au début de cette évolution, on constate de très fins soulèvements de la paroi conjonctive. On pourrait tout aussi bien dire que le kyste s'est irrégulièrement développé, de manière à laisser persister entre les culs-de-sac des saillies conjonctives qui prennent l'aspect papillaire. Ces deux interprétations sont possibles, mais je n'y insiste pas, car cela n'a pas grande importance. Les saillies papillaires, revêtues d'épithélium, pourvues de vaisseaux, augmentent de volume et d'étendue et prennent les aspects les plus irréguliers et les plus bizarres. Les végétations deviennent parfois assez volu-

mineuses pour remplir presque complètement le kyste dans lequel elles se développent¹.

M. Delbet rejette pour ces tumeurs les noms de kyste prolifère de Paget, de cysto sarcome prolifère de Muller, de fibrome endocanaliculaire, et accepte la dénomination *d'adénofibrome kystique et végétant*, pour bien mettre en évidence que ces tumeurs ne présentent pas une espèce particulière, mais simplement « une variété évolutive de l'adénofibrome », car, dit-il, on peut suivre toutes les modifications entre le kyste le plus simple et le plus encombré de végétations.

En somme, touchant la formation des kystes, M. Delbet admet très bien qu'ils « sont dus à une évolution active de l'élément glandulaire lui-même ».

Là, pour le dire immédiatement, nous serons d'accord. Quant à la formation des végétations à l'intérieur des kystes, il semble ne pas attacher d'importance à la question de savoir si elles répondent à de véritables végétations conjonctives ou bien à un développement irrégulier du kyste. Pour nous, ce point de discussion a une importance majeure : si toutes les édifications nouvelles qui se produisent dans ces tumeurs sont l'œuvre des éléments épithéliaux, il sera prouvé que ce sont ces éléments qui constituent véritablement l'élément primitivement proliférant de la tumeur. Mais au surplus M. Delbet ne semble pas refuser des qualités proliférantes aux végétations, puisqu'il dit un peu plus bas : « les végétations deviennent parfois assez volumineuses pour remplir presque complètement le kyste dans lequel elles se développent ».

¹ Duplay et Reclus, t. V, p. 888.

M. Sasse, dans un article important sur les kystes et tumeurs kystiques de la mamelle, des *Archives de Langenbeck*¹, n'étudie pas en particulier les formes de tumeurs avec kystes et végétations que nous visons dans notre thèse. Il met en vue assez longuement les caractères différentiels d'une tumeur un peu particulière qu'il qualifie de cystadénome intracanaliculaire. Celui-là n'est ni le « carcinome cystique médullaire » de Neumann, ni le « cystofibrome » de Puls, ni le « carcinome villeux » de Cornil et Ranvier. Ce n'est pas non plus le « cystosarcome prolifère » (cystosarcome phylloïde), « fibroadénome intracanaliculaire » de Virchow. La caractéristique, pour lui, de cette tumeur, c'est qu'elle se forme par végétation de l'épithélium et participation secondaire du tissu conjonctif, le processus commençant par une active végétation de l'épithélium qui proémine dans la lumière des canaux et entraîne après lui le tissu conjonctif des parois. Nous ne discuterons pas cette forme particulière des tumeurs, elle est sans aucun doute rare. Mais touchant même la signification et la production des végétations dans la tumeur que nous étudions (fibrome végétant de Ranvier, adénofibrome kystique et végétant de Delbet), que l'auteur étudie sous la rubrique de cystosarcome, fibroadénome, elle ne retient pas longuement l'auteur. Il se contente de signaler rapidement les végétations, en ajoutant que la caractéristique de la tumeur est la prolifération du tissu conjonctif, celle de l'épithélium n'étant que secondaire. Et, en somme, dans ce long mémoire,

¹ Langenbeck, *Archives für Klin. chirurg.*, t. 54 p. 30-38.

M. Sasse étudie les kystes et les tumeurs à kystes de la mamelle, mais l'histogenèse des kystes ne le préoccupe pas autrement.

De cette étude et de cette analyse des opinions des divers auteurs il résulte que, d'une façon générale, ils n'hésitent pas à déclarer que les kystes apparaissent dans les parties glandulaires ou sécrétantes de la glande : il serait difficile d'admettre qu'il en est autrement pour les tumeurs kystiques que nous étudions. Où l'indécision apparaît, c'est dans l'explication des végétations ; on peut dire cependant que la majorité, sans se prononcer catégoriquement, est surtout frappée de la disposition végétante des productions conjonctives qui semblent pousser dans les cavités. C'est ce fait qui frappe tous les auteurs, c'est aussi le fait qui les embarrasse, et alors, suivant les convictions, peut-on dire, de chacun, on voit le problème résolu, soit par un entraînement du tissu conjonctif par l'épithélium, soit par la végétation du tissu conjonctif. En somme c'est le vague, l'imprécis, le problématique que les auteurs laissent toujours transpercer sous quelques mots de réserve ou d'atténuation prudente.

Il nous semble qu'en abordant cette question de végétations intrakystiques on n'a jamais voulu se poser les différentes questions que soulève le problème : comment d'aussi grandes cavités, quelquefois non microscopiques, peuvent-elles se produire, si, comme l'a parfaitement démontré M. Delbet, la question de rétention est insoutenable. Pour nous, nous démontrerons que c'est par la fusion, l'adjonction et l'incorporation, comme cavités surajoutées, de productions

épithéliales. La deuxième question que les auteurs se refusent aussi à aborder franchement, d'une façon précise, est la suivante : quelles sont les preuves d'hyperproduction, de végétabilité qu'on trouve dans les productions plus ou moins saillantes à l'intérieur des kystes ? Pour nous, nous répondrons immédiatement qu'on n'en trouve aucune, on est tenté la première fois qu'on observe ces végétations de les regarder, à cause de leur forme grossière, comme des productions qui poussent à l'intérieur des kystes, mais, si l'on y réfléchit bien, on ne tarde pas à voir qu'il n'y a véritablement aucun argument histologique en faveur de la végétabilité de ces productions.

Les termes du problème à résoudre maintenant, relativement au fibrome végétant qui nous occupe, sont les suivants : 1° Est-ce l'élément épithélial ou l'élément conjonctif, dans ces tumeurs, qui est le point de départ du processus ? 2° Les végétations intrakystiques que l'on y observe sont-elles l'œuvre de la prolifération du tissu conjonctif ou l'œuvre de la fusion des formations épithéliales de la tumeur ? C'est à la réponse à cette double question que nous allons travailler dans le chapitre suivant, et c'est par l'analyse des faits histologiques que nous pensons y arriver.

Une courte parenthèse avant d'aborder cette démonstration. Malgré nos recherches, il ne nous pas été possible de trouver chez aucun auteur la démonstration, à l'aide d'arguments histologiques, de la prolifération des végétations intrakystiques ; aucun auteur n'a démontré par exemple, par la présence de cellules jeunes plus abondantes, par le plus grand nombre de vaisseaux

jeunes, qu'il y avait dans ces végétations des signes d'hyperplasie plus marquée que n'importe où dans le tissu conjonctif de la tumeur. Nous pensons que, question doctrinale mise à part, c'est surtout la présence de ces végétations qui a suscité dans l'esprit des auteurs l'idée de rapporter au tissu conjonctif le point de départ de la tumeur que nous étudions ; aussi, c'est à l'étude de la véritable signification de ces végétations, qui est solidaire de la formation des kystes, que nous allons nous attacher.

OBSERVATION I.

Observation clinique, 12 novembre 1900, Service
de M. Gangolphe.

Diagnostic clinique : *cancer du sein*.

G. Catherine, âge quarante-neuf ans.

Rien à noter du côté des antécédents héréditaires ou personnels.

Il y a vingt cinq ans, trauma léger sur le sein droit, sans plaie : on y mit un emplâtre. — De temps en temps douleurs légères. Un allaitement sans accidents.

Il y a deux ans, cessation des règles et en même temps grosseur partant du mamelon, qui se trouve rabaissé et dévié en dehors ; gonflement douloureux s'étendant jusque sous l'aisselle, pas d'engorgement ganglionnaire.

Actuellement la tumeur a beaucoup grossi et présente à son centre une ulcération d'aspect noirâtre. Pas d'engorgement ganglionnaire. La malade a un facies mitral et se plaint souvent de palpitations.

14 novembre. — Etat général mauvais, poussées douloureuses dans le bras. Fièvre = 39.4.

Opération. — Ablation sans toucher aux ganglions axillaires, pas de cautérisations, pas de réunion immédiate.

15 novembre. — La malade a passé une bonne nuit, plus de douleurs dans l'épaule ni le membre supérieur. T. = 37,7.

20 novembre. — La température remonte un peu. La malade ressent des douleurs dans la jambe gauche à l'occasion du moindre mouvement. Le membre supérieur droit, est œdématié et présente à la place d'une ancienne piqûre pour injection de quinine, une plaque blanche nettement limitée par une zone rougeâtre et de la grosseur d'une pièce de 50 centimes.

30 novembre. — La température est entre 37,5-38,5. Depuis sept à huit jours la malade se plaint de maux de gorge. La région parotidienne gauche est rouge, chaude et douloureuse sans grande tuméfaction. Douleur du larynx du même côté. Un peu de dysphagie.

10 décembre. — La malade sort guérie.

29 mars 1901. — La malade va bien. Sa plaie est cicatrisée, pas de récédive, pas d'engorgement ganglionnaire. Elle trouve que son sein va bien, mais éprouve des douleurs dans tous les membres, au point de ne pas pouvoir par moment se vêtir seule.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

Laboratoire d'anatomie pathologique.

Service hospitalier, n° 1139. 30 novembre 1900.

Diagnostic clinique : *cancer du sein*.

A un faible grossissement, les coupes montrent, au milieu d'une nappe fondamentale sur laquelle nous reviendrons, des cavités à contours festonnés. Plus elles sont petites, plus ces cavités sont régulièrement cylindriques ; plus elles sont grandes, plus elles présentent de festons.

Les plus grandes sont de véritables cavités kystiques. L'épithélium qui tapisse ces cavités est constitué par de très hautes cellules cylindriques plaçant leur noyau à des hauteurs différentes, mais semblant toujours mesurées par leur protoplasma, qui s'allonge suivant les nécessités jusqu'à s'étendre toujours

de la base à la surface de la ligne épithéliale, leur limite interne faisant un véritable plateau régulier. Dans certaines de ces cavités, des boules hyalines semblent encore adhérentes à la ligne de surface de l'épithélium. Les plus petites de ces cavités, celles que les manipulations n'ont pas vidées, contiennent des cellules tombées, revenues à l'état rond, prenant un aspect granuleux et sombre. Certaines cavités contiennent un véritable bouchon central d'amas granuleux provenant certainement d'une desquamation incessante.

Quant au tissu qui contient les cavités ci-dessus décrites, sa constitution est assez spéciale : à un faible grossissement il semblerait que l'on a affaire à un tissu fibroïde et très riche en cellules.

Quand on examine à un fort grossissement, on voit alors, au travers de fibrilles fines et pâles, des cellules d'aspect divers qui peuvent de prime abord paraître dissemblables, mais qui en réalité appartiennent à une même famille, celle des cellules de revêtement des cavités, et leur parenté, leur filiation peut être aisément établie. En effet, on voit dans le stroma des éléments cellulaires plus ou moins en fuseau et offrant peu de protoplasma, à noyau pâle, pas très volumineux, mal limité. Ailleurs, quand les cellules ont semblé pouvoir se développer à l'aise, elles sont revenues à la forme ronde, leur noyau a augmenté de volume, leur protoplasma est resté clair, mais elles ont gardé la disposition dite infiltrée. Enfin, au voisinage même des cavités, sauf l'arrangement, il est évident par les caractères histologiques, que, cellules du stroma et cellules des cavités sont exactement les mêmes.

Bien plus, en plein stroma, il est possible de rencontrer çà et là des points nodulaires, où les cellules ont conflué sans interposition de fibrilles : leur noyau est devenu plus coloré, leur protoplasma plus abondant, et elles tendent à devenir polygonales par pression réciproque.

Ce dernier fait prouve surabondamment que, malgré la disposition grossière à première vue, la tumeur est épithéliale, toutes les cellules infiltrées sont épithéliales et identiques à celles de revêtement des cavités.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait histologique très aisément constatable dans le cas que nous venons de relater : parenté évidente au point de vue de la morphologie cellulaire entre les éléments qui tapissent les cavités, constituent les amas épithéliaux sans lumière, et les éléments infiltrés partout dans ce que l'on est convenu d'appeler le stroma de la tumeur. Il existe incontestablement un tissu conjonctif dans ce stroma, mais il apparaît en réalité sous forme d'un feutrage de fibrilles très fines et pâles, mais les cellules qui infiltrent ce feutrage n'y sont très manifestement pas comme partie constituante, comme ayant un rapport immédiat avec ces fibrilles connectives. Certes, parfois quand le feutrage devient dense, ces cellules, dont il constitue l'habitat, se moulent, s'étirent, s'allongent pour se placer, et là on peut incontestablement douter qu'il ne s'agisse d'un tissu conjonctif à cellules fines nombreuses. Mais cherchons sur les coupes un point où le feutrage est moins dense ; on voit alors que les cellules qui l'habitent s'épanouissent, pour ainsi dire, prennent la forme sphérique, leur atmosphère protoplasmique devient apparente, le noyau assez bien capsulé. Dans ces points où le feutrage est moins serré et les cellules plus libres, on constate l'indépendance de celles-ci et de celui-là, car dans l'intervalle des fibrilles, ces cellules nettement épithéliales n'ont aucun rapport de contiguïté avec les fibrilles, mais, bien plus, elles plongent dans une substance, fluide probablement, que les fixateurs ont coagulée sous forme d'une nappe granuleuse fine ou d'un petit réseau granuleux fin. C'est dans ces parties où le feutrage est le plus délié que l'on observe

le plus fréquemment les petits amas de cellules incontestablement épithéliales, mais sans lumière, c'est-à-dire n'ayant pas encore la constitution tubulaire.

En somme, pour ce cas, les formations épithéliales tubulaires sont rares et très espacées, au point de faire admettre l'interprétation donnée couramment que l'élément conjonctif est tout et l'élément épithélial seulement entraîné par le développement du premier. Mais à l'analyse des caractères histologiques des petites cellules présentes dans le tissu conjonctif interposé aux tubes glandulaires, il nous semble évident que l'élément épithélial infiltré est de beaucoup supérieur, comme nombre, à ce que l'on rencontre partiellement. Les formations tubulaires sont rares, cela est vrai, mais la plus grande partie des cellules du struma conjonctif, regardées comme élément pur de celui-ci, sont en réalité épithéliales.

Quoi d'étonnant alors à ce que l'on puisse observer des récidives de ces tumeurs, qualifiées à un premier examen de fibrome végétant ? Quoi d'étonnant alors à ce que les auteurs, trouvant un épithélium au second examen, déclarent qu'il y a eu erreur au premier ? Il n'y a pas eu erreur, mais fausse interprétation, nous l'avons dit précédemment.

OBSERVATION II

Observation clinique, 10 octobre 1900, service de M. Pollosson.

Diagnostic clinique : *adénosarcome du sein encapsulé*.

B. ., Jeanne, vingt-six ans. Début il y a trois mois, Tumeur

du volume d'une mandarine, dure, bosselée, très mobile ; pas de ganglions axillaires ; pas de douleurs.

Opérée le 13 octobre. Le 22, avortement de deux jumeaux de soixante-dix jours. Le 23, phénomènes septicémiques, température, délire, mort.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Laboratoire d'anatomie pathologique. Service hospitalier 1249, 19 janvier 1901.

Histologiquement, la tumeur répond, en effet, à ce que Ranvier appelle le fibrome végétant du sein, c'est-à-dire que sur les coupes on voit la plus grande surface formée par un tissu fibroïde ou fibreux à fines fibrilles très festonnées et riche en cellules. Ce tissu, assez particulier, est semé de cavités très irrégulières, à parois festonnées, tapissées par un épithélium cylindrique, que Ranvier regarde comme des canaux galactophores étirés par le développement du fibrome. Souvent, on voit apparaître au sein même du tissu fibroïde, soit des nids pleins, non creusés de cavités et formés de cellules rondes, soit des amas dont la périphérie offre déjà des cellules orientées comme des cellules cylindriques, soit enfin d'autres amas dans lesquels une lumière apparaît. Les cellules cylindriques des cavités se perdent par leur pied dans le tissu dit fibroïde ambiant. Souvent les cellules fixes de ce tissu s'accumulent au-dessous de la ligne épithéliale cylindrique, permettant ainsi de passer par des transitions insensibles des cellules fixes du tissu fibroïde aux cellules cylindriques des cavités. Il semble, par suite de ces divers détails histologiques, que toutes les cellules de la tumeur, même les cellules dites fixes du tissu fibroïde, y compris les cellules des cavités sinueuses, prétendus canaux galactophores, sont épithéliales.

En somme, tumeur épithéliale de la glande mammaire de la forme histologique, improprement dite depuis Cornil et Ranvier « fibrosarcome végétant de la mamelle ».

Pour ce cas les cellules infiltrées dans le stroma ne nous montrent pas d'une façon aussi patente les carac-

tères morphologiques épithéliaux, c'est-à-dire qu'en général le tissu connectif est assez dense, et les cellules qui l'infiltrant, écrasées, gênées et allongées ne laissent pas voir facilement leurs caractères. Mais, par contre, dans ce cas beaucoup plus que dans le précédent, les formations épithéliales pleines sont plus nombreuses ; c'est avec la dernière netteté qu'on les voit, par leur périphérie, se perdre insensiblement au milieu du tissu conjonctif du stroma. On peut observer certaines de ces traînées épithéliales, pleines dans les deux tiers de leur longueur, et dans l'autre tiers présentant une cavité à limites épithéliales cylindriques ou cubiques ; de la sorte on assiste par des transitions insensibles au passage des éléments cellulaires du stroma à ceux qui constituent les traînées pleines, et de celles-ci aux formations cavitaires.

De la formation des végétations intra-kystiques.

Un point a toujours préoccupé les auteurs, nous l'avons vu, c'est de savoir pourquoi dans les cavités les plus grandes et les plus festonnées il se produisait des sortes d'énormes papilles, de gros bourgeons sessiles ou plus ou moins pédiculés, qui font saillie dans la lumière des plus grandes cavités. Des explications multiples en ont été données, mais nous avons vu que la plus couramment admise est celle qui consiste à les regarder comme des végétations de ce fibrome dans la cavité. Avant d'en donner l'explication que nous verrons découler des faits observés, nous ferons remarquer

quelle inconséquence il y a à admettre que le tissu conjonctif puisse végéter dans une cavité qui, dans l'esprit même des auteurs, ne s'est développée que grâce à l'entraînement des canaux et des acini préexistants par le tissu conjonctif lui-même.

En effet, dans ces tumeurs dites « fibrome végétant », les cavités que l'on rencontre, pour prendre les plus grandes, celles qui offrent les prétendues végétations, on peut remarquer que ce sont de véritables kystes, ce ne sont plus des fentes plus ou moins festonnées qui s'étalent à la surface de végétations multiples; digitiformes, comme dans le cancer dendritique, ce sont de vrais kystes et dont beaucoup sont visibles à l'œil nu; la végétation, dans le fibrome végétant paraît passer à l'intérieur, elle n'atteint pas la paroi opposée; l'épithélium qui recouvre la prétendue végétation n'arrive jamais au contact de l'épithélium qui recouvre le point symétrique de la cavité; c'est en cela que les végétations qui donnent l'aspect des dendrites, diffèrent des végétations du fibrome végétant.

Mais le moment est venu, après les deux examens histologiques précédents, de dire comment nous concevons la production de ces grosses végétations lourdes, en massues, et souvent à tête renflée?

Leur genèse histologique nous a paru très évidente, surtout dans le cas que nous venons de relater.

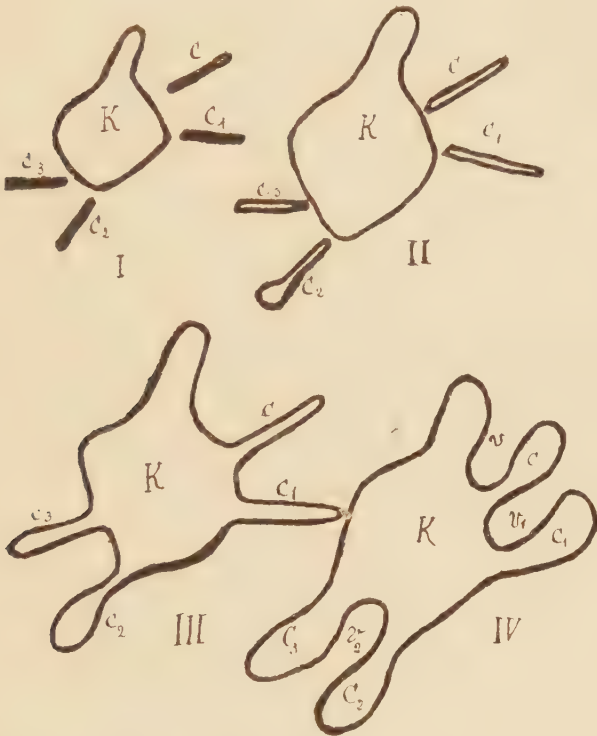
On peut remarquer que, toutes les fois que l'on observe une de ces cavités épithéliales à végétations, il y a autour de cette cavité de nombreux amas pleins épithéliaux; qu'au contraire, quand une cavité épithéliale, même d'assez grande dimension, est très réguliè-

rement circulaire et privée de végétations, il n'y a autour d'elle aucun amas épithélial plein. Autre remarque qui nous donne, semble-t-il, l'explication définitive : si l'on considère une cavité munie de végétations, en parcourant sa bordure, il est bien rare de ne pas trouver soit des amas épithéliaux pleins qui paraissent comme appendus à la cavité, une de leurs extrémités plongeant dans le tissu connectif du stroma, l'autre s'abouchant à la cavité. Il est bien rare aussi de ne pas rencontrer de ces amas pleins, dont une extrémité est déjà canaliculée et s'ouvre dans la grande cavité, et dont l'autre pleine se perd dans le stroma. L'interprétation logique qui nous semble découler de ces faits est que la grande cavité s'accroît par deux moyens : d'abord par l'accumulation de liquide et de débris cellulaires à son intérieur, mais ce moyen paraît restreint, et ensuite et surtout par la mise en communication d'amas pleins et de cavités grandissantes du voisinage qui s'ouvrent dans la plus grande : Alors, les prétendues végétations ne représentent que des nappes de tissus interposées aux cavités, nappes persistantes, intercalées entre deux amas canaliculés, venus se brancher et s'ouvrir secondairement dans une cavité plus grande.

Nous avons schématisé ci-contre, en un dessin, la conception que nous nous faisons de la production des végétations à l'intérieur de ces kystes.

En I, on a un kyste K, autour de lui, quatre productions épithéliales pleines, *c*, *c'*, *c''*, *c'''*. En II, les productions se sont allongées et sont arrivées jusqu'au contact du kyste K, qui lui-même a grandi ; les

productions, pleines d'abord, ont maintenant une lumière, l'une d'elles, c'' , offre même, à son extrémité la plus périphérique, un commencement de dilatation. En III, le kyste K a grandi encore, les productions c' , c'' , c''' communiquent avec le grand kyste et la pro-



duction c'' , déjà kystique, s'est encore élargie. En IV, on n'a plus qu'un kyste à limites festonnées, les cavités c , c' , c'' , c''' , ont participé à la dilatation, le tissu conjonctif interposé à elles fait maintenant des saillies, les végétations v , v' , v'' paraissent pousser vers l'intérieur de la grande cavité festonnée; elles ne

sont cependant que les portions du stroma interposées aux productions épithéliales avant la fusion.

La constatation de ces faits et l'interprétation à laquelle nous nous rattachons, touchant la formation des prétendues végétations, montre que non seulement par les caractères histologiques des cellules infiltrées dans le stroma ou réunies en amas pleins, la tumeur est épithéliale, mais encore que ses remaniements, ses formations particulières qui lui ont fait donner le qualificatif « végétant » sont non pas sous la dépendance de la prolifération du tissu conjonctif, mais dus exclusivement aux formations incontestablement épithéliales, à l'agrandissement de celles-ci, à leur canalisation, à leur communication les unes avec les autres.

Et, en somme, ces édifications qui ont fait caractériser la tumeur comme on sait par Cornil et Ranvier sont, elles aussi, dues aux éléments épithéliaux de la tumeur et non au tissu conjonctif.

OBSERVATION III

Observation clinique, 28 août 1898, service de M. Pollosson.

Diagnostic clinique : *tumeur multilobulée*.

C..., Constance, trente-cinq ans. Le début de la maladie remonte à trois, quatre ans.

La malade compare les tumeurs au début à des perles. Depuis, elles sont allées en grossissant constamment, et aucun des traitements subis par la malade n'a amené de résultat sensible. Elle n'a jamais eu de grossesse ni de fausse couche. Tumeur multilobulée. On pense à une maladie kystique.

1^{er} septembre. — Opération. Ablation complète du sein et de toutes les masses indurées.

On ne trouve pas de ganglions dans l'aisselle.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Laboratoire d'anatomie pathologique.

Service hospitalier, n^o 141, 14 octobre 1898.

a) *Tumeur dans l'alcool. — Tumeur dans la liqueur de Flemming.*

b) *Glande mammaire altérée dans l'alcool.*

a) Pour la tumeur, quel qu'ait été le liquide fixateur, le résultat est le même, le nodule examiné est, pour sa plus grande part, constitué par un tissu conjonctif à très fines fibrilles, très festonnées, et semé de nombreuses cellules à noyau ovale ou fusiforme. De distance en distance on voit ces fibrilles s'orienter en tourbillons, et au centre de ces tourbillons il y a des îlots de petites cellules à noyau rond ; et au fur et à mesure qu'on s'éloigne de ce centre, les cellules prennent de plus en plus la forme ovale et en fuseau.

Plongeant dans ce tissu, sont des cavités à revêtement épithélial cylindrique. Les unes sont rondes, les autres sont considérablement allongées, étirées, souvent même branchées.

Les cellules qui les tapissent ont une forme cylindrique et leurs noyaux sont placés à différentes hauteurs pour se loger ; elles sont le plus souvent sur une seule rangée, leurs pieds se perdent dans le tissu fibroïde ambiant.

Grande pauvreté vasculaire.

b) Dans cette glande mammaire on est frappé de l'augmentation et de la densification du tissu conjonctif. Dans les points où ce tissu paraît au repos et normal, les acini de la glande rencontrés sont coupés sous forme de sacs ou d'axes circulaires, tapissés par de petites cellules épithéliales cubiques en dehors, plus rondes et à protoplasma plus jaunâtre et à noyau moins coloré à mesure que l'on s'avance vers le centre de l'acinus.

Mais dans les points où le tissu conjonctif est augmenté et densifié, les acini tendent à s'allonger, à s'étirer, les cellules qui les tapissent prennent un noyau plus colorable.

Notre observation I représente le type des cas qui nous ont mis sur la voie de la nature épithéliale du fibrome végétant, c'est-à-dire de ceux dans lesquels les cellules épithéliales infiltrées dans le tissu interposé aux tubes gardent des caractères épithélioïdes assez manifestes pour qu'on reconnaisse leur nature. Notre observation II, et d'ailleurs toutes celles qui pourront être catégorisées sous la rubrique de Cornil et Ranvier « fibrome végétant », fourniront la démonstration de la formation des kystes et des prétendues végétations par le mécanisme de la fusion des cavités voisines.

La troisième observation que nous rapportons ne diffère pas sensiblement au point de vue histologique ; en reprenant l'analyse des préparations en vue de notre thèse, nous avons pu constater que le cas diffère sensiblement des deux précédents par ce fait que les cavités formées par les éléments épithéliaux sont moins grandes, que leur tendance à faire des kystes est moins accentuée ; c'est-à-dire que le développement des cavités à l'état de kystes se rencontre peu ; ce que l'on voit surtout, ce sont des fentes tapissées, comme il est dit dans l'observation, mais fentes aussi « branchées », comme il est dit encore dans l'observation.

Et bien, suivant nous, cette forme des cavités épithéliales s'allongeant beaucoup et se branchant, représente la même fusion de fentes ou de cavités épithéliales voisines ; en effet, que par la pensée on développe comme on pourrait le faire par l'ingestion d'un li-

quide, une de ces fentes, on la transforme en une cavité kystique ; les fentes branchées sur la fente principale deviennent des dépendances de la grande cavité et le bourgeon conjonctif compris entre deux branchements secondaires devient, quand toutes les cavités sont dilatées, une végétation de fibrome végétant.

Pourquoi, dans le cas ci-dessus, cette dilatation des cavités ne s'est-elle pas produite ? Pourquoi ce qui aurait pu devenir les végétations est-il resté à l'état de promontoire conjonctif à sommet anguleux, compris entre deux bifurcations de fentes épithéliales ? Peut-être parce que, dans ce cas particulier, les éléments épithéliaux des fentes n'ont pas sécrété ou ont peu proliféré, peut-être aussi parce que le tissu conjonctif ou fibroïde où plongent ces fentes épithéliales présente une densification vraiment exceptionnelle. Ce n'est plus le feutrage si fréquemment délié, comme dans notre premier cas, c'est un enchevêtrement très serré de fibrilles fines « très festonnées ».

Mais il ne nous semble pas possible, quand on examine les préparations de ce cas avec l'idée, avec l'interprétation que nous donnons de formations de ces kystes et de ces végétations, de ne pas admettre l'assimilation que nous avons faite des fentes branchées avec des kystes non développés, et des promontoires conjonctifs compris entre deux branchements avec les végétations.

L'analogie de ce cas avec les précédents se retrouve encore, malgré la densité du stroma, dans la présence au sein même de celui-ci de petits îlots de cellules rondes à noyau bien coloré, dont la nature épithéliale n'est pas immédiatement évidente, cela est vrai, mais qui très

manifestement, de ce que nous ont appris les deux précédentes observations, doivent être regardées comme épithéliales. Au surplus, à côté des fentes branchées ou non, on retrouve très aisément sur les préparations des îlots et des boyaux pleins, nettement épithéliaux ; enfin, il est possible de voir des boyaux pleins sur une certaine longueur de leur parcours et creux dans le reste.

Et cependant, en présence de ce cas qui pour nous est absolument l'homologue du prétendu « fibrome végétant », nous ne doutons pas que d'autres histologistes diraient « tumeur adénomateuse », faisant quelques réserves au point de vue de la malignité, à cause de la présence de quelques boyaux pleins au sein d'un tissu fibroïde très dense. En d'autres termes, il leur aurait manqué, pour affirmer le fibrome végétant, les kystes et les végétations, et alors ils n'auraient pas douté de la nature conjonctive de la tumeur.

OBSERVATION IV ¹

(Service hospitalier, n° 378, 21 décembre 1898. Laboratoire d'anatomie pathologique.

Diagnostic clinique : *Tumeur bénigne du sein.*

Service de M. Nové Josserand.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les coupes ont relevé une tumeur constituée par des acini mammaires, souvent dilatés, quelquefois

¹ Nous sommes obligé pour cette observation de nous contenter de l'examen histologique, l'histoire clinique de la malade n'a pas été prise dans le service qui a envoyé les pièces à examiner. D'ailleurs, comme on le verra, cette histoire n'a pas plus d'importance ici que dans nos précédentes observations, pour la démonstration que nous poursuivons.

allongés en très longs tubes, tapissés par des cellules rondes sur plusieurs couches, mal limités en dehors. Mais, fait surtout important, ces acini, ainsi altérés, plongent dans un tissu conjonctif très abondant et à l'allure pseudomyxoïde, c'est-à-dire constitué par des fibrilles pâles, courtes et grêles, et de petites cellules rondes plongeant dans une substance qui a sur les préparations un aspect granuleux jaunâtre. Les limites des acini et de ce tissu sont peu précises, il y a toujours une augmentation de petites cellules rondes au voisinage des acini. Quand on observe un des longs boyaux que font parfois les tubes glandulaires, on a l'impression que donnent les parties récentes des cancers dendritiques, c'est-à-dire de tubes mammaires s'incurvant et entourant une grosse masse conjonctive.

Nous avons relevé intégralement l'examen écrit en 1898 par M. Paviot, c'est-à-dire au moment où l'idée de la nature épithéliale de ces tumeurs était déjà reconnue par M. Tripiet, mais où l'attention du premier n'était pas encore attirée du côté de la démonstration histologique de cette idée, si bien qu'aujourd'hui, en vue de la thèse que nous soutenons, cet examen mérite d'être complété.

L'examen histologique de ces coupes est d'autant plus important que l'on peut y saisir, se passant dans un tissu fibroïde à éléments divers assez nombreux, toutes les transitions depuis la prolifération d'acini mammaires jusqu'à la formation de grands kystes et à la production de végétations intra-kystiques, mais végétations ayant les caractères de celles du fibrome végétant et non pas du cancer dendritique (comme cela a été dit dans l'examen histologique de 1898).

Et d'ailleurs le tissu fibroïde de la tumeur n'est pas le tissu conjonctif normal du sein; d'abord il est totale-

ment dépourvu de vésicules adipeuses, ensuite il n'offre la présence d'aucun gros trousseau de fibres conjonctives ; c'est en un mot ce que l'on qualifie de tissu fibroïde : feutrage de fibrilles minces, souvent incolores, avec interposition de beaucoup de cellules allongées ; de plus, souvent les mailles de ce feutrage deviennent beaucoup plus lâches, laissant des espaces irréguliers, dans lesquels apparaissent des cellules métatypiques, il est vrai, mais à protoplasma apparent, à noyau vésiculeux, en somme à caractère épithélioïde. Pour l'élément épithélial, si on considère les formations qui paraissent représenter par leur allure, par leur dispositif général, les anciens acini de la glande, on est tout de suite frappé du fait que les cellules qui tapissent les cavités acineuses se présentent sous un nombre tout à fait anormal de strates. On peut même être frappé de ce fait, qui d'ailleurs fait douter que ce soit bien à des acini anciens que l'on ait affaire : on voit, parcourant une certaine étendue de la préparation, des boyaux de cellules épithéliales à noyau vigoureusement coloré, et on constate aussi que ces boyaux ne sont pas canalisés en toute leur longueur, ils offrent une lumière sur une certaine partie seulement de leur parcours et lumière discontinue. Ce dernier fait tend à montrer qu'il ne s'agit pas là de grains aciniques ou toutefois, que ceux-ci ont proliféré, se sont allongés en boyaux pleins d'abord, creusés d'une lumière discontinue ensuite.

En somme, à voir les préparations de ce cas, au moins dans certaines de leurs parties, malgré la constitution particulière du tissu dit de stroma, personne ne se refuserait à admettre que la tumeur est épithéliale.

Mais elle nous a paru intéressante à un autre point de vue, c'est à celui de la formation des kystes et de la production des prétendues végétations par le mécanisme de la communication successive de petites cavités épithéliales voisines avec une cavité kystique plus importante.

Là nous avons vu ce mécanisme d'une façon plus aisée, parce que les boyaux épithéliaux creux ou pleins sont plus nombreux que dans nos observations précédentes ; par suite, ces boyaux et ces cavités canaliculaires, en se développant, arrivent beaucoup plus commodément à communiquer les uns avec les autres, et le processus que nous invoquons nous a paru encore plus évident.

Le processus de formation des kystes mammaires et des végétations saillantes à leur intérieur, tel que nous l'avons indiqué précédemment, n'est pas particulier à la forme de tumeur dite « fibrome végétant », c'est-à-dire qu'il suffit qu'une tumeur épithéliale bénigne ou maligne du sein présente la tendance aux formations de cavités kystiques, pour voir apparaître immédiatement des végétations à l'intérieur des plus grandes de ces cavités ; une seule condition semble nécessaire, c'est à savoir que les formations épithéliales nouvelles se canaliculisent et, si elles sont suffi-

samment rapprochées les unes des autres au moins en certains points, on assistera à la formation des kystes et avec ceux-ci marchera toujours de pair la présence de parties paraissant végéter dans les cavités kystiques, or nous répétons que ces prétendues portions végétantes ne sont autres que la trace subsistant de la fusion de deux petites cavités voisines avec une grande.

Nous en voulons pour preuve les kystes et les portions dites végétantes à leur intérieur, trouvées sur l'observation suivante d'adémone du sein.

OBSERVATION V

Service hospitalier, n° 240, 21 mars 1900. Laboratoire d'anatomie pathologique.

P..., Françoise, trente-neuf ans. Diagnostic clinique : *Adénome du sein*. (Service de M. Vincent).

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les coupes montrent, en effet, des cavités de toutes formes et de toutes dimensions, tapissées par un épithélium haut et le plus souvent cubique. Chaque cellule est munie d'un gros noyau contenant un ou deux nucléoles; très souvent le noyau occupe la partie moyenne de la cellule. Quelquefois, sous-jacente à la ligne de l'épithélium cylindrique, est une ligne de cellules ovales logées entre les pieds des cellules cylindriques. Les cavités ne renferment le plus souvent que quelques plaquettes d'acides gras, mais les cellules de revêtement n'apparaissent jamais en prolifération. Jamais on ne voit ces cavités pleines de cellules, elles ne font jamais de boyaux pleins et, en un mot, sauf leurs dimensions et leurs formes, elles sont toutes semblables entre elles. Ces cavités sont plongées dans un tissu uniformément fibroïde, c'est-à-dire que ce

stroma n'est incontestablement pas le tissu conjonctif préexistant du sein, mais un tissu formé de toutes petites fibrilles, ou plutôt de cellules conjonctives fusiformes imbriquées, très serrées. La néoplasie est très peu vasculaire.

En somme : *adénome du sein du type cylindrique*.

A l'examen des préparations de ce cas, personne, nous a-t-il semblé, ne mettrait en doute le diagnostic histologique « d'adénome de la glande mammaire ».

Comme cela se passe dans toutes les tumeurs du sein, même les plus bénignes, le tissu conjonctif de la glande a subi une modification fibroïde, mais les seules formations épithéliales que l'on rencontre sont représentées par des cavités à lumière d'ordinaire très large et à revêtement épithélial cubique régulier, sous un ou deux strates au plus. Nulle part on ne rencontre de boyaux pleins ou d'amas cellulaires à constitution épithélioïde en dehors de ces cavités.

La tumeur réalise le type parfait de la tumeur bénigne, et cependant il est encore aisé de voir des végétations sessiles ou plus ou moins pédiculées, à centre conjonctif et à revêtement épithélial cubique pousser dans les plus grandes des cavités. Mais là encore il est de la dernière évidence, quand on considère une des cavités les plus festonnées, les plus irrégulières et par suite les plus riches en prétendues végétations, que tout cela : grande cavité, festons, végétations, tout cela résulte de la fusion des cavités voisines avec une plus grande, et là on ne viendra pas nous parler de tissu conjonctif végétant, car, nous le répétons, la production est épithéliale, adénomateuse de façon indubitable.

OBSERVATION VI

Service hospitalier, n° 606, 23 octobre 1899. Laboratoire
d'anatomie pathologique.

C... Marie, vingt ans. Diagnostic clinique : *Fibroadénome
du sein*. Service de M. Gangolphe.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Le fragment qui nous parvient nous donne, plongé dans une masse fondamentale fibroïde, des tubes et des culs-de-sac acineux. Ces dernières formations sont certainement en trop grand nombre pour un sein normal. De plus, la plupart offrent un degré marqué de dilatation kystique, elles sont tapissées pour la plupart par une seule ligne d'épithélium qui tend à devenir cubique en bas ; les moins dilatées, seules, offrent encore un épithélium sur plusieurs assises. Mais, nulle part on ne trouve de points d'épithélium infiltrés ou de boyaux pleins. Le tissu fondamental lui-même paraît prendre une plus grande part à la néoplasie que l'élément épithélial ; c'est un tissu fibroïde, mais sans aucun caractère inflammatoire, nulle part il n'offre de gros trousseaux de fibres conjonctives, c'est partout une nappe uniforme de cellules fusiformes, à noyaux ovales, pas en bâtonnets ou en croissant, emprisonnées dans de fines fibrilles connectives grêles, légèrement festonnées.

En somme, on peut bien, pour répondre aux classifications admises, dire « fibro-adénome ».

Nous avons pris cette seconde observation histologique d'adénome, parce que, en revoyant les préparations, nous avons pu faire des constatations intéressantes touchant la genèse des prétendues végétations. En effet, l'examen ci-dessus, qui est une réponse succincte faite pour éclairer par l'histologie le pronostic des

cliniciens, mérite d'être complété pour devenir utilisable à l'appui de notre thèse. Nous avons été frappé sur ces préparations du fait que, outre le caractère très net d'adénome de la tumeur, on voyait de temps à autre apparaître, au milieu des cavités à épithélium cubique, de véritables tubes ramifiés, se présentant sous l'aspect d'une tige principale qui, brusquement, au bout d'un certain parcours, offrait trois, quatre, cinq tiges secondaires, plus ou moins longues, venant toutes s'aboucher à la même extrémité de la tige ou tube principal. Le confluent de la tige principale est de quatre ou cinq tiges secondaires, étant d'ordinaire un peu plus dilaté que le reste du tube principal. Nous ne saurions mieux comparer une telle formation qu'à l'ensemble que représente l'avant-bras-tige principale, la main-confluent, et les doigts-tiges secondaires. Bien entendu, par suite de cette disposition, entre chacune des tiges secondaires (les doigts), s'avance une petite végétation à axe conjonctif. Et bien, là encore, personne ne parlerait de fibrome végétant et personne ne nierait que l'ensemble que nous venons de décrire, que tout le monde a pu voir dans des adénomes sans s'y arrêter, résulte de la communication des cavités adénomateuses dilatées, mais que l'on ne vienne pas nous dire d'un ensemble formé par des cavités acineuses, appendues à un même canalicule excréteur, car de telles formations sont entourées de toute part de cavités circulaires; il faudrait admettre qu'un groupe acineux et son canalicule excréteur se sont désorientés au point de ne plus être intéressés par une même coupe, sous la même incidence que les systèmes acineux d'à

côté. C'est donc bien là encore le même processus de fusion qui fait à la fois et les kystes plus grands et les prétendues végétations.

Mais du fait que nous avons prouvé, du moins nous l'espérons que les prétendues végétations ne sont rien par elles-mêmes, qu'elles ne sont que par le mécanisme de la fusion des éléments épithéliaux, au total, qu'elles ne sont que secondaires, allons-nous leur refuser toute signification au point de vue pronostic histologique ?

Non, et nous pouvons même ajouter que ces formations, plus aisées à observer que des détails histologiques des productions épithéliales, fournissent des éléments d'appréciation qui gardent toute leur importance et que, en somme, sauf la question doctrinale, les faits et le qualificatif de MM. Cornil et Ranvier subsistent avec leur valeur.

En effet, pour être secondaire, l'abondance des végétations peint immédiatement l'abondance même des productions épithéliales, et, comme corollaire, on en déduit que ces productions épithéliales prolifèrent assez vite pour atteindre fréquemment des cavités voisines et se fusionner, la végétation n'étant que la preuve, la manifestation grossièrement apparente des faits précédents.

CONCLUSIONS

I. Dans certains cas de « fibrome végétant » de MM. Cornil et Ranvier, la nature épithéliale du néoplasme est prouvée par les caractères histologiques de cellules situées même dans le tissu interposé aux productions épithéliales pleines, canaliculées ou kystiques.

II. Les cavités kystiques dans ces tumeurs se forment, comme d'ailleurs tout kyste vrai à revêtement épithélial du sein, par la fusion de ces productions épithéliales, pleines d'abord, munies d'une lumière ensuite.

III. Les végétations intrakystiques sont non pas le produit de la prolifération conjonctive, mais l'œuvre de la fusion des productions épithéliales avec une cavité plus grande. Ce sont des nappes conjonctives interposées à deux traînées épithéliales canaliculées et arrivant à se joindre à une cavité kystique. Loin d'être une preuve de la végétabilité de l'élément conjonctif,

elles en constituent une du remaniement de la néoplasie par les éléments épithéliaux. On les retrouve, d'ailleurs, même dans les adénomes du sein vulgaires et sûrement bénins.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TRIPIER.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 29 mai 1901.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
G. COMPAYRÉ.

